Zander.

Le deviazioni della colonna vertebrale
e la loro cura cogli apparecchi ortopedici
1900

ZANDER

Edgar F. Cyriax

12

ISTITUTO KINESITERAPICO DI TORINO

Corso Oporto, 12

Dottori Zumaglini e Bravetta, Direttori Sanitari



LE DEVIAZIONI DELLA COLONNA VERTEBRALE

E LA LORO CURA

COGLI APPARECCHI ORTOPEDICI

DEL

Dott. ZANDER di Stockolma

Zumaglini

Gennaio 1900

TORINO

TIP. SAN GIUSEPPE DEGLI ARTIGIANELLI

1900



ISTITUTO KINESITERAPICO DI TORINO
Corso Oporto, 12
Dottori Zumaglini e Bravetta, Direttori Sanitari

LE DEVIAZIONI DELLA COLONNA VERTEBRALE

E LA LORO CURA

COGLI APPARECCHI ORTOPEDICI

DEL

Dott. ZANDER di Stockolma

Gennaio 1900

TORINO
TIP. SAN GIUSEPPE DEGLI ARTIGIANELLI
1900



Le deviazioni della colonna vertebrale sono annoverate, e con ragione, fra le serie infermità che esistono durante lo sviluppo del bambino e dell'adolescente, poichè esse possono provocare dei gravi disturbi e avere delle dannose conseguenze per tutta la vita. È dunque di sommo interesse di scoprirle di curarle al più presto possibile.

La colonna vertebrale, oltre alle sue curvature normali, ne può assumere delle anormali, le quali vanno sotto il nome di *cifosi,* di *scoliosi,* di *lordosi.*

Le *scoliosi,* o deviazioni laterali della colonna vertebrale possono essere congenite od acquisite. Fra le acquisite le più frequenti sono le abituali, le rachitiche e le statiche; meno frequenti sono invece le forme ischiatiche, empiematiche e cicatriziali.

La *scoliosi* curata nell'Istituto cogli apparecchi Zander è la scoliosi detta *abituale,* e che Lorenz chiamò la *scoliosi scolastica.*

Essa si manifesta per lo più in giovanetti e giovanette che frequentano le scuole: ai quali le occupazioni scolastiche impongono tali posizioni che quando non siano simmetricamente equilibrate non possono essere a lungo sopportate dallo scheletro senza che questo non si deformi.

La maggior frequenza delle scoliosi abituali è data dal sesso femminile, e ciò perchè presso le ragazze viene trascurata l'educazione fisica a favore della intellettuale, per cui esse vengono sovraccaricate di lezioni e lavori muliebri nelle ore che dovrebbero servire alla ricreazione.

Inoltre ha speciale influenza lo stato generale del sesso femminino, che è sempre più debole in confronto al maschile e più facilmente è predisposto all'attecchire di malattie.

Della scoliosi abituale si considerano tre stadii: un 1° stadio *od iniziale;* un 2° stadio o di *sviluppo;* un 3° stadio o di *arresto.*

Secondo questi tre stadii distinti varia la prognosi e la cura; la quale può essere coronata da brillanti successi nel primo

stadio e sarà sempre vantaggiosa negli altri due. Certo che la scoliosi abbandonata a sè non guarisce, ma può peggiorare; ed anche per il 2° e 3° stadio, il risultato della cura può essere influenzato da speciali condizioni, che sono: l'età, il sesso, la costituzione del soggetto, il grado della deformità, la sede di essa, lo stato anatomico della spina, e infine dell'apparecchio muscolare e legamentoso.

La *cura della scoliosi abituale* va intrapresa per tempo e continuata a lungo con assiduità e costanza, e tocca al medico di famiglia di raccomandarne l'uso. È specialmente nell'età dello sviluppo, della pubertà, che i ragazzi e le bambine assumono, per le varie loro occupazioni scolastiche e domestiche, viziose posizioni che possono produrre le anormali curvature della colonna vertebrale: ed è allora che maggiore deve essere la sorveglianza per parte dei parenti e del medico di famiglia.

Oltre alla cura profilattica, che consiste nel dare opportuni consigli circa la posizione da tenersi in scuola o in casa dagli infermi nello scrivere, nel cucire, nel sedere al pianoforte; sia nel farli dormire sopra un letto duro e con guanciale basso; sia colle cure generali toniche, ferruginose, ricostituenti nei bambini gracili, deboli, anemici: si intraprende la *cura ortopedica speciale.*

Questa cura ha per iscopo di rendere mobile, quanto più è possibile, la colonna vertebrale, raddrizzarla ed estenderla, e comprimere le regioni deformi della colonna e della cassa toracica.

Gli elementi principali della cura sono il *massaggio,* la *ginnastica igienica* e *medica,* e *l'applicazione degli speciali apparecchi di correzione.* Il massaggio ed i movimenti ginnastici attivi mirano a migliorare le condizioni anatomiche e funzionali del sistema muscolare e mobilizzare la colonna vertebrale; gli apparecchi a sospensione, a compressione laterale, i piani inclinati, le sedie ortopediche agiscono correggendo, con una conveniente modica pressione, le curvature anormali.

Questa correzione si ottiene distendendo i muscoli retratti ed i legamenti, i quali fissano le vertebre in posizione obliqua o contorta; e diminuendo la pressione che gravita sulla parte dei dischi vertebrali che è collocata dal lato della concavità della curvatura, li assoggettano ad una maggiore compressione dal lato della convessità.

Valgono a tale scopo gli *apparecchi ortopedici del Dottor Zander,* serie K ed L, che l'Istituto Kinesiterapico di Torino possiede. Gli apparecchi della serie K sono detti apparecchi di raddrizzamento passivo e quelli della serie L sono detti di

raddrizzamento attivo. Lo scopo degli apparecchi passivi è di esercitare un'azione correttrice per mezzo di pressioni convenientemente applicate sopra le anormali curvature: quello degli apparecchi attivi è di agire sulle anormali curvature sia attivamente per l'esercizio dei muscoli che hanno influenza sulla stabilità della colonna, sia con disposizioni che correggono passivamente la stabilità e le deviazioni anormali.

Nella Sezione Igienica dell'Istituto, si aggiunge alla Cura Ortopedica Speciale un regolare Corso di Ginnastica Svedese, la quale, oltre a provvedere alla educazione fisica di tutto l'organismo, contiene fra i suoi innumerevoli esercizi ginnastici, alcuni che hanno per iscopo precipuo l'esercizio dei muscoli del dorso, i quali colla loro energica e sinergica azione concorrono a correggere le attitudini curve della persona.

I casi di scoliosi che nel triennio 1897-1899 si presentarono in cura nell'Istituto Kinesiterapico di Torino sommarono a: N. 62, di cui:

N. 49 di scoliosi abituale
» 4 » scoliosi statica
» 2 » scoliosi ischiatica
» 7 » scoliosi rachitica.

Secondo l'età: 33 pazienti erano inferiori ai 12 anni e 27 fra i 12 e i 18. Quelli di scoliosi ischiatica uno di 32 anni e l'altro di 44. L'esito delle Cure fu il seguente:

Guarigioni . . . . . *23 casi*
Miglioramenti . . . *26* »
Esito stazionario . . *13* »

Degli infermi migliorati, alcuni avrebbero potuto conseguire la guarigione, se non avessero dovuto, per cause indipendenti dalla cura, interromperla. Per avere un durevole risultato occorre che le cure siano continuate nel 1° stadio della deformità finchè di essa non si abbia più traccia; nel 2° e nel 3° stadio finchè si abbia la certezza che il miglioramento sia stazionario. Nel 1° stadio il tempo di cura varia da 6 ad 8 mesi: nel 2° e nel 3°, da 6 mesi ad un anno e mezzo e anche più.

Gli scoliotici, anche se guariti, debbono rimanere in osservazione fino al 18° anno, cioè fino a quel tempo nel quale, di solito, è compiuto l'accrescimento dell'individuo; e tratto tratto saranno riveduti dallo specialista, il quale avviserà tosto i genitori se il paziente presenterà sintomi di recidiva; ed eviterà, colla pronta ripresa della *cura ortopedica*, un maggiore sviluppo della deformità.



